

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N° 388

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre DERCHEU

Né le 28 Décembre 1896, à Vanves (Seine)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE SUR QUELQUES CAS

D'ABCÈS DU POUMON

CHEZ LES NOURRISSONS

Travail du Service du Professeur NOBÉCOURT

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre DERCHEU

Né le 28 Décembre 1896, à Vanves (Seine)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE SUR QUELQUES CAS

D'ABCÈS DU POUUMON

CHEZ LES NOURRISSONS

Travail du Service du Professeur NOBÉCOURT

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHEL.
Physique médicale	N.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU.
Clinique propédeutique	DUVAL.
	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BRAMI	Pathologie médicale.
GLGLAVE	Pathologie chirurgicale.
UBERTIN	Pathologie médicale.
ASSET	Pathologie chirurgicale.
AUDOUIN	Pathologie médicale.
INET	Physiologie.
LANCHETIERE	Chimie biologique.
FRANCA	Histologie.
RULE	Pathologie médicale.
USQUET	Pharmacologie et matière médicale.
ADENAT	Pathologie chirurgicale
HAMPY	Histologie.
HIRAY	} Pathologie médicale.
LERC	
EBRE	Hygiène.
de JONG	Anatomie pathologique.
UVOIR	Médecine légale.
CALLE	Obstétrique.
IESSINGER	} Pathologie médicale.
DOIX	
ARNIER	Pathologie expériment.
ARVIER	Pathologie médicale.
TEITZ-BOYER	Urologie.
OVELACQUE	Anatomie.
DOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	} Pathologie chirurgicale.
MONDOR	
MOURE	} Histologie.
MULON	
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHTER Fils	Physiologie.
ROUVIERE	Anatomie.
N.	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. AGRÉGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

MUS	Physiologie.
DOUGEROT	Pathologie médicale.
ENIOT	Obstétrique

MM.

RETTERER	Histologie.
N	Anatomie pathologique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	{	N.	Clinique chirurgicale
CHEVASSU			fantile.
LAIGNEL-LAVASTINE.		PROUST	Clinique chirurgicale
LEREBoullet .	{	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
LERI		N.	Clinique ophtalmologique.
LÆPER			

V. — CHARGES DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
N...		Education physique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES CHERS DISPARUS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. P. NOBÉCOURT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*que je remercie de l'honneur
qu'il m'a fait d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.*

A MON MAÎTRE

M. E. C. AVIRAGNET

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Hommage de profonde reconnaissance et de respectueuse affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1919-1920 M. le DOCTEUR CH. LAUBRY (*Hospice de la
Rochejoucauld*).
1920 M. le PROFESSEUR ACHARD (*Hôpital Beaujon*).
1920-1921 M. le DOCTEUR LAUNAY (*Hôpital Cochin*).

External

- 1921-1922 M. le DOCTEUR ALGLAVE (*Hôpital des Ménages
et Hôtel-Dieu*).
1922-1923 M. le PROFESSEUR ACHARD (*Hôpital Beaujon*).
1923-1924 M. le DOCTEUR PISSAVY (*Hôpital Cochin*).
1923-1924 M. le DOCTEUR A. LERI (*Hôpital Cochin*).
1924-1925 M. le DOCTEUR AVIRAGNET (*Hôpital des En-
fants-malades*).
1924-1925 M. le DOCTEUR CATHALA (*Hôpital St-Louis*)

INTRODUCTION

Les abcès du poumon ont été étudiés surtout chez des adultes. Les traités de pathologie infantile les citent comme une complication rare de la pneumonie et de la bronchopneumonie. Les auteurs américains ont pourtant publié ces derniers temps des statistiques importantes de cas d'abcès du poumon. Cette affection serait-elle plus fréquente en Amérique ? Nous ne le croyons pas, car ces auteurs semblent englober sous ce titre, les pleurésies enkystées du sommet, les pleurésies interlobaires, les abcès gangreneux et les véritables abcès du poumon.

Mais avant d'entrer dans le vif de notre sujet qu'il nous soit permis d'adresser à M. le Professeur Nobécourt qui nous a autorisé à effectuer ce travail dans son service, l'expression de notre profonde gratitude.

A M. le Dr René Mathieu, chef de laboratoire de M. le Pr Nobécourt, qui nous a donné l'idée de cette thèse et nous en a fourni les documents, nos bien sincères remerciements. Nous tenons aussi à remercier M. le Dr N. Puente, agrégé de la Faculté de Médecine de la Havane, qui a bien voulu nous guider dans les recherches anatomo-pathologiques.

HISTORIQUE

Jusqu'à l'époque où l'on apporta dans les recherches cadavériques une scrupuleuse exactitude, les anciens auteurs considéraient, chez les enfants, l'abcès du poumon comme la terminaison fréquente de ce qu'ils appelaient la « pneumonie lobulaire ». Ils pensaient que cette évolution terminale était plausible puisque l'inflammation disséminée sur quelques points peu étendus, pouvait y parcourir toutes ses périodes évolutives et se terminer par la suppuration avant que la mort survienne. F. Barrier, dans son traité pratique des maladies de l'enfance (1845), s'appuyant sur l'opinion de Rilliet et de Barthez, tend à démontrer que les véritables abcès sont rares. Se basant sur 48 autopsies d'enfants et de nourrissons il ne trouve que trois cas de véritables abcès, dit-il, dont « les uns communiquent avec les bronches et les autres étaient clos de toutes parts ». Dans un de ces trois cas, il y avait eu ouverture de l'abcès dans la plèvre et il se produisit un pyopneumothorax qui fut méconnu pendant la vie.

Le Dr Netter, au chapitre de la pneumonie lobaire, dans le traité de médecine de Charcot, Bouchard et

Brissaud (1894), écrit que les abcès se rencontrent surtout chez les débilités et les cachectiques et principalement dans les pneumonies du sommet. Mais il est souvent difficile de déterminer dans ces cas s'il s'agit réellement d'abcès du poumon et non de pleurésie purulente enkystée.

Depuis, la plupart des auteurs ont considéré l'abcès du poumon comme une rareté et, faisant des réserves sur certaines observations publiées, pensent qu'il est nécessaire de s'assurer de la situation de la collection purulente par rapport à la plèvre, surtout interlobaire, pour éviter de la confondre avec une pleurésie interlobaire.

PATHOGÉNIE

Les abcès du poumon sont des collections purulentes développées dans le poumon, aux dépens du parenchyme pulmonaire lui-même. Telle est la définition qu'en donne M. le Dr Harvier dans le nouveau traité de médecine de MM. Roger, Widal et Teissier.

Les auteurs ont surtout observé les abcès du poumon chez l'adulte, aussi sommes-nous obligés d'avoir recours à leurs travaux pour étudier la pathogénie de ces abcès.

Chez l'adulte les principales voies d'infection sont :

La voie directe, infection d'une plaie du poumon;

La voie aérienne ou bronchique, à la suite d'une broncho-pneumonie ou d'une pneumonie;

La voie sanguine ou embolique;

La voie lymphatique, par propagation d'une suppuration de voisinage.

Nous ne parlerons pas ici des abcès suite de traumatisme qui relèvent plutôt du domaine de la chirurgie.

Les abcès d'origine embolique sont de petits abcès; ils comprennent les abcès miliaires que l'on observe au cours des septicémies et les infarctus suppurés, conséquence d'embolies septiques.

Les abcès broncho-pneumoniques seraient les plus fréquents; sur 222 autopsies de gripes pendant l'épidémie de 1918-1919, Marchand a trouvé 72 cas de bronchopneumonie avec abcès. Ils se voient surtout au cours des bronchopneumonies compliquant une rougeole ou une grippe, au cours des bronchopneumonies suite d'intoxication par les gaz de combat et au cours des bronchopneumonies dites de déglutition. Ils sont dus à la suppuration des noyaux de bronchopneumonie et forment des abcès lobulaires. De petit volume, de forme arrondie ils font saillie à la surface des poumons.

Les germes pathogènes de ces abcès sont les mêmes que les germes habituels de la maladie initiale : pneumocoques, staphylocoques, enterocoques, tétragènes, *M. catarrhalis*, bacilles de Friedlander, de Pfeiffer et quelquefois le coli-bacille.

Les abcès pneumoniques sont rares; cependant d'assez nombreux cas ont été signalés dans de récentes publications. On les rencontre plus spécialement comme complication de la pneumonie chez les diabétiques, les alcooliques et les vieillards. On en distingue deux grandes formes : a) Les grands abcès, uniques en plein lobe, du volume d'une orange, contenant un pus grisâtre, souvent ouverts dans la plèvre ou plus rarement dans les bronches; b) Les petits abcès, en plein bloc d'hépatisation, sont à divers stades d'évolution, les uns fermes, les autres déjà ramollis. Ces abcès peuvent confluer pour former un abcès unique.

Autres causes : les abcès consécutifs à des suppu-

rations de voisinage : pleurésies, abcès du foie, abcès sous-phrénique, etc.

Enfin les abcès gangréneux; et bien que l'abcès du poumon se distingue facilement d'un foyer gangréneux, il existe entre ces deux types des formes intermédiaires, souvent difficiles à classer et que l'on a rangées sous ce titre.

Chez les enfants nous avons presque toujours eu affaire à des nourrissons qui présentaient au début du coryza et un peu de rougeur de la gorge, donc une affection des voies respiratoires supérieures. Les uns ont fait plus tard une bronchopneumonie, les autres une affection passagère du poumon mais presque toujours il s'est agi au début d'une affection des voies respiratoires supérieures et il est probable que les micro-organismes pathogènes, surtout le pneumocoque, aient gagné de proche en proche les bronches puis les bronchioles.

Et en effet la bronchopneumonie, affection fréquente chez le nourrisson, et complication redoutable surtout dans les milieux hospitaliers de la rougeole, de la coqueluche et de la grippe semble être le principal facteur d'abcès du poumon. La gravité de cette affection ne semble avoir aucune relation avec la fréquence de formation d'abcès.

Doit-on incriminer aussi la pneumonie? Plus fréquente qu'on ne le penserait chez les nourrissons, comme le signale un travail récent du Dr Sazuki, *l'influenza chez les enfants*, elle est avant tout une affection cy-

clique, de moindre gravité que la bronchopneumonie. Bien que nous lui connaissions de nombreuses complications, nous n'avons pas observé la pneumonie comme maladie causale des abcès du poulmon.

Nous n'avons pas noté d'abcès gangréneux mais nous avons recueilli un cas d'abcès par infarctus suppuré.

Nous allons étudier maintenant l'anatomie pathologique des abcès du poulmon chez le nourrisson, au point de vue de leur localisation, leur nombre, leurs dimensions, leur aspect macroscopique et microscopique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

LOCALISATION

Pour Barthez la localisation la plus fréquente des abcès du poumon serait dans le lobe supérieur du poumon gauche, ensuite dans le lobe inférieur droit. Nous les avons observés plutôt dans le *poumon droit*. Sur six cas : trois sont dans le lobe moyen. Les autres : un dans le lobe supérieur gauche ; deux dans le lobe inférieur droit.

Aspect extérieur des poumons : Les lésions sont, soit pleurales : pleurésies purulentes concomitantes, soit des lésions plus diffuses de bronchopneumonie sur la surface des poumons.

A la coupe des poumons : On trouve :

Des abcès qui peuvent comprendre un lobe entier ou n'envahir qu'une partie d'un lobe. Ils respectent la scissure interlobaire. Dans certains cas, ils communiquent avec la scissure interlobaire qui peut être alors symphysée.

GRANDEUR. — DIMENSIONS

a) **Grands abcès**. — Il y a de grands abcès de la grosseur d'un œuf de pigeon et des moyens du volume d'une

noisette ou d'une noix. Ces gros abcès peuvent être uniques ou multiples. On peut les trouver dans le même lobe.

L'aspect de la cavité. — La surface intérieure est irrégulière, anfractueuse, avec des replis, des cordages déchirés. Le tout est recouvert d'un vernis de pus, de couleur jaune-verdâtre, crémeux.

On voit quelquefois que le tissu pulmonaire en voie de suppuration n'a pas été complètement liquéfié et que, au milieu d'un liquide purulent, subsistent quelques séquestres pulmonaires en voie de désintégration.

Les parois : L'abcès est limité par une couche de coloration grisâtre de forme festonnée, plus ou moins épaisse qui semble être une vraie coque.

Autour de cette coque, on trouve des lésions du parenchyme pulmonaire soit de splénisation, soit de congestion. Il y a des abcès qui ne possèdent pas une coque si bien limitée, le parenchyme voisin ne présente pas de lésions aussi nettes. Généralement les abcès ne communiquent pas avec les bronches.

Les lésions pleurales. — Autour des abcès, quand ils sont très proches de la zone pleurale, on trouve des lésions de voisinage qui peuvent être soit des adhérences, soit une symphyse; ou bien l'abcès peut s'ouvrir dans la grande cavité et produire un pyopneumothorax.

Aspect microscopique : Au niveau de la paroi : énorme infiltration leucocytaire, à base surtout de polymucléaires en voie de dégénération.

Le parenchyme à ce niveau est dissocié, en voie de désintégration. A la surface de la paroi, à l'intérieur de la cavité, pendent des fragments de tissu pulmonaire reliés à la paroi par un pédicule plus ou moins large, parfois isolés en pleine cavité, constituant des séquestres.

Si on colore par l'orcéine, on voit dans ces morceaux libres et dans la paroi, les fibres élastiques désintégrées et fragmentées, représentant le reliquat des anciennes parois alvéolaires détruites. Autour des abcès, on trouve des lésions inflammatoires du parenchyme pulmonaire moins aiguës, comme l'alvéolite desquamative, leucocytaire. Dans les autres lobes du poumon ou dans le poumon opposé, on trouve différents foyers disséminés de bronchopneumonie avec tous les caractères habituels.

b Petits abcès. — A côté de ces grands abcès, (beaucoup plus intéressants cliniquement) on trouve de petits abcès, surtout dans les cas de bronchopneumonies ou de pleurésies purulentes compliquées.

Ils sont généralement multiples, pouvant arriver à être nombreux, disséminés partout, ou bien formant des groupes; on peut observer que plusieurs communiquent entre eux.

Ces petits abcès se forment au niveau des nodules de Charcot suppurés; ils sont agrandis par la fusion de plusieurs nodules.

Ces petits abcès sont plus fréquents que les grands;

on les découvre assez fréquemment à l'autopsie de bronchopneumonies prolongées.

LÉSIONS DES ORGANES ABDOMINAUX

En dehors de ces lésions pulmonaires, on trouve de profondes modifications des organes abdominaux.

• *Le foie* est plus ou moins augmenté de volume, lisse, de couleur jaunâtre. A la coupe le tissu est jaune-clair, homogène. Il ne paraît plus y avoir aucun îlot de tissu hépatique normal.

Microscopiquement les cellules hépatiques sont remplacées par des cellules adipeuses dans les zones péri-portales. C'est le type de la dégénérescence graisseuse.

La rate est de volume normal le plus souvent. On trouve, dans les cas d'abcès du poumon à évolution aiguë, une hypertrophie du tissu lymphoïde.

Les reins sont quelquefois légèrement augmentés de volume. A la coupe la substance corticale, épaissie et décolorée indique l'existence d'une néphrite aiguë.

Ces lésions des organes abdominaux existent presque toujours. On peut les rencontrer dans d'autres affections : bronchopneumonies prolongées, pleurésies purulentes, enfin au cours de toutes les suppurations. Ces lésions, dans le cas particulier, se surajoutent à la lésion pulmonaire et en augmentent particulièrement la gravité.

Avant d'étudier la symptomatologie des abcès du

poumon chez les nourrissons, nous allons exposer les observations que nous avons recueillies et les conclusions que chacune d'elles nous aura inspirées.

Nous les grouperons en deux catégories :

1° Les cas où nous avons trouvé de gros abcès sans symptômes apparents.

2° Les cas où nous avons trouvé de multiples abcès à la suite d'une bronchopneumonie. •

OBSERVATIONS

I. — Grosses collections purulentes s'étant développées d'une manière insidieuse dans le tissu pulmonaire.

Observation I. — *Gros abcès du lobe moyen du poumon droit.*
(A 6.934).

Une enfant de 9 mois, sans antécédents pathologiques, pesant 8 kgs 200, présente de la fièvre sans cause connue et est envoyée à l'hôpital des Enfants malades. Le jour de son arrivée le pharynx est un peu rouge, l'auscultation est absolument négative; en l'absence de tout symptôme nettement caractérisé on se contente du diagnostic de grippe.

Les jours suivants la fièvre diminue progressivement mais à partir du sixième jour elle se relève et oscille entre 37°,5 et 38°,5 régulièrement. L'enfant maigrit et perd un kilo en deux semaines, il tombe dans un état de grave cachexie. Cette déchéance de l'état général paraît être provoquée par des troubles digestifs : l'enfant a de la diarrhée, des selles glaireuses et il vomit. Pendant les derniers jours qui précèdent la mort il ne tolère plus aucun aliment pas même de l'eau bouillie.

L'examen des différents viscères reste cependant complètement négatif. L'auscultation et la percussion des poumons ne révèle jusqu'à la fin aucun symptôme anormal.

La mort survient 18 jours environ après le début de la maladie, précédée par de l'hyperthermie; l'aspect de l'enfant est celui d'un grand infecté : les yeux sont ternes, excavés, entourés

d'un cercle noir; les téguments sont cyanosés au niveau des extrémités, indurés. Il y a à la fois du sclérème et une infiltration oedémateuse très notable des membres inférieurs.

En présence de ce syndrome où les vomissements paraissent être l'accident le plus alarmant, on pratique des ponctions lombaires. La veille de la mort, la dose d'urée dans le liquide céphalo-rachidien est de 1 gr. 60 — et quelques heures avant la mort il est de 2 grs 17.

Le diagnostic clinique, longtemps hésitant, est celui de gastro-entérite avec vomissements incoercibles et azotémie.

Mais l'hypothèse d'une affection pulmonaire grave n'est même pas discutée.

L'examen des urines n'a d'ailleurs pas été pratiqué.

A l'autopsie : on trouve un énorme abcès dans le lobe moyen du poumon droit. Le pus qui s'en échappe est jaune, visqueux, épais; on en recueille une centaine de grammes : l'examen cytologique montre des polynucléaires très altérés, des pneumocoques.

Cet abcès affleurait la surface du poumon mais il ne communiquait pas avec les plèvres et il n'y avait d'ailleurs ni pleurésie purulente ni aucun dépôt de fausses membranes à la surface du poumon.

La cavité de l'abcès est anfractueuse et divisée par des cordages et des piliers, en de nombreuses logettes secondaires qui toutes communiquent largement ensemble. Cette paroi est tapissée par un pus crémeux, épais et adhérent; il n'y a aucune communication avec les bronches. Les scissures interlobaires sont symphysées : elles paraissent être complètement vides de pus. Il s'agit bien d'un abcès pulmonaire intraparenchymateux et non d'une suppuration interlobaire.

Dans le reste du poumon on voit des lésions congestives; dans le poumon opposé il existe à la base des zones d'atélectasie et de congestion.

Les ganglions intertrachéobronchiques sont légèrement tuméfiés et présentent à la coupe une couleur rouge violacée.

L'examen du foie montre que cet organe présente une dé-

générescence graisseuse à peu près totale; à la coupe le tissu apparaît jaune clair, homogène et il semble qu'il n'existe plus dans le foie aucun îlot de tissu normal.

La substance corticale des reins est épaissie et complètement décolorée.

Il y a donc à la fois dégénérescence graisseuse du foie et une néphrite aiguë.

Sur la muqueuse gastrique et sur celle de l'intestin grêle on voit des zones très vascularisées et de petites érosions superficielles.

Les ganglions du mésentère sont très hypertrophiés.

Résumé

Un abcès volumineux du lobe moyen du poumon a provoqué la mort en trois semaines. Le foie a subi une dégénérescence graisseuse totale, les reins, une dégénérescence épithéliale aiguë.

Au point de vue clinique, la maladie a commencé par un léger coryza avec rougeur de la gorge; elle a évolué avec une fièvre assez élevée au début, ensuite qui a oscillé entre 37°5 et 38°5. Le diagnostic n'a pu être précisé à cause de l'absence de tout symptôme pulmonaire. Sans le contrôle anatomique, on aurait simplement pensé à une affection gastro-intestinale avec azotémie.

Observation II. — *Gros abcès du lobe supérieur du poumon gauche.*

Un enfant de 6 mois pesant 4 kgs seulement, peut-être hérédosyphilitique, ayant souffert d'un allaitement défectueux et de

troubles digestifs, présente pendant une quinzaine de jours de la toux et des vomissements. Elle arrive à l'hôpital avec une température de 39° et un état très alarmant. Le symptôme le plus alarmant est une diarrhée intense avec selles vertes. La perte de poids est très rapide. L'enfant tombe dans un état de cachexie extrême avec sclérome des téguments.

L'examen du poumon a décelé au sommet gauche en avant du skodisme et en arrière une sonorité exagérée. De la matité et des râles sous-crépitaunts à la base droite.

Le diagnostic clinique est celui de gastro-entérite aiguë avec bronchite de la base droite.

A l'autopsie : on découvre un énorme abcès du lobe supérieur gauche contenant une centaine de grammes de pus jaune et fétide.

L'abcès est très superficiel, il n'y a pas de pleurésie purulente mais un enkystement de tout le sommet du poumon par des fausses membranes très adhérentes, les scissures interlobaires sont absolument intactes. La cavité de l'abcès est grande comme un œuf de pigeon, elle a des parois lisses peu anfractueuses, tapissée par un enduit de pus peu adhérent. Il n'existe aucune communication avec les bronches. Les ganglions trachéo-bronchiques sont peu hypertrophiés de couleur rouge violacé ; à la coupe, à la base du poumon droit, on remarque des taches violettes d'atelectasie, à la partie antérieure des lésions d'emphysème.

Le foie est légèrement augmenté de volume, présente des zones de dégénérescence graisseuse mais la plus grande partie du tissu hépatique est en général peu altérée.

Sur l'intestin grêle on remarque de très nombreux amas lymphoïdes, des plaques de Peyer hypertrophiées ; les ganglions du mésentère sont également hypertrophiés.

Résumé.

Un enfant de 6 mois, hypotrophique, succombe au bout de 3 semaines à une affection mal caractérisée

cliniquement et qui paraît être une gastro-entérite fébrile.

L'examen du poumon n'a d'ailleurs révélé qu'un peu de bronchite aux bases. La grosse collection purulente du sommet est restée complètement insoupçonnée.

Observation III. — *Abcès volumineux et multiples dans les deux poumons* (C. 2371).

Une enfant de 2 ans, sans aucun antécédent pathologique, présente du coryza, de la toux et de la diarrhée. Elle est hospitalisée dans le service de rougeole où l'on constate des lésions pulmonaires bilatérales, un foyer de bronchopneumonie à droite et de bronchopneumonie pseudolobaire à gauche.

17 jours plus tard elle succombe avec de la cyanose, de l'asphyxie et une toux quinteuse et fréquente.

Le diagnostic clinique est celui de bronchopneumonie, suite de rougeole.

A l'autopsie on découvre une grosse caverne de la grosseur d'une noix en plein parenchyme, sans relation avec la plèvre.

A gauche, un abcès moins volumineux, mais dans le lobe inférieur.

Les ganglions trachéobronchiques sont volumineux mais sans présenter les caractères propres aux adénopathies tuberculeuses.

Résumé.

Un enfant succombe après une rougeole à des accidents pulmonaires. Le diagnostic clinique est celui de bronchopneumonie. On trouve à l'autopsie de gros abcès multiples des deux poumons.

II. — Abscès multiples à la suite de broncho-pneumonie.

Observation IV. — *Abscès multiples des poumons. Pleurésie purulente* (A 6.924).

Un enfant de 9 mois bien développé malgré des antécédents assez chargés : entérite à 3 mois, varicelle à 9 mois, présente du coryza, du larmolement et de la toux. Deux jours après on l'amène à l'hôpital avec une température de 40°.

A l'auscultation on découvre un peu de retentissement du cri à la partie moyenne du poumon droit mais en somme des signes pulmonaires très discrets.

L'état général s'altère rapidement, la température oscille autour de 39-40.

La cyanose, la pâleur, la dyspnée, le battement des ailes du nez font soupçonner une grave affection pulmonaire mais cependant l'examen du poumon ne montre qu'un peu de matité en arrière et à droite et quelques râles disséminés sur toute la hauteur du thorax, en avant.

Il meurt 8 jours après le début de la maladie dans un état d'asphyxie et de cyanose.

A l'autopsie : on trouve, du côté droit, une lame de liquide purulent, mince, qui recouvre presque toute l'étendue du poumon. A la coupe on voit que la plèvre pulmonaire est épaissie et qu'il existe dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire de très nombreux abcès. Ceux-ci ont un volume variable; les plus petits ont un diamètre de 3 millimètres, les plus gros ont un diamètre de 10 millimètres. Ils sont surtout nombreux dans le lobe moyen du poumon. Leur paroi est sinueuse et irrégulière, elle dessine sur la coupe du poumon une ligne blanchâtre épaisse d'un millimètre environ. Il s'agit d'une véritable coque dont les contours sont extrêmement précis. La cavité est occupée par une substance rouge violacée, purulente. L'un de ces abcès est très superficiel, immédiatement sous-jacent à la plèvre qu'il peut avoir infecté par voisinage. En dehors de ces abcès on

voit dans le poumon de petits nodules purulents, arrondis, qui semblent disposés à la périphérie des bronchioles. Le parenchyme pulmonaire qui avoisine ces abcès est épaissi, vide d'air de couleur rouge ou jaunâtre.

Le poumon gauche congestionné dans toute son étendue, présente à la base quelques foyers de bronchopneumonie.

Le foie volumineux est congestif d'aspect infectieux. La rate est hypertrophiée.

Résumé.

Un enfant de 9 mois succombe en 12 jours à une affection pulmonaire aiguë présentant les caractères cliniques d'une bronchopneumonie.

L'autopsie permet en effet de constater des foyers multiples ainsi que des abcès pulmonaires multiples constitués par la confluence de nodules suppurés péri-bronchiques.

Observation V. — *Abcès multiples péribronchiques et bronchopneumonie* (A 1.042).

Une enfant de 1 an succombe à une bronchopneumonie. A l'autopsie les poumons sont farcis de granulations jaunâtres qui à première vue pourraient en imposer pour des granulations tuberculeuses mais qui sont en réalité des abcès péribronchiques. Quelques-uns ont conflué.

Le foie est congestionné, gras, infectieux. Les reins, augmentés de volume, ont une substance corticale blanchâtre.

Observation VI. — *Olite. Infarctus suppuré du poumon et pleurésie purulente* (A 6.945).

Un enfant de 6 mois 1/2 est amené à l'hôpital au dixième jour d'une maladie aiguë fébrile (39-40°) accompagnée de toux et de vomissements.

A son arrivée l'enfant présente un assez bon état général. Il n'a pas de coryza mais la gorge est un peu rouge. La toux est fréquente, il y a un léger tirage avec battements des ailes du nez.

A l'examen des poumons on trouve, au niveau du tiers moyen du poumon droit, un peu de matité et un léger souffle : à la base gauche quelques sous crépitants.

Les jours suivants l'état de l'enfant s'améliore nettement, la température tombe presque complètement, mais au 23^e jour de la maladie la température monte rapidement, elle atteint 42° le jour de la mort (26^e jour de la maladie). Cette poussée fébrile aiguë peut être expliquée par une double otite et par une recrudescence des phénomènes pulmonaires. L'enfant, pâle et cyanosé, a une respiration très rapide, du tirage, du battement des ailes du nez, on trouve des râles fins en avant et en arrière et de la submatité aux bases.

Le diagnostic clinique est celui de bronchopneumonie et d'otite double.

A l'autopsie : on découvre du côté droit une symphise pleurale; au niveau de la partie moyenne; le poumon est tapissé par des fausses membranes jaunes, molles, infiltrées par une petite quantité de sérosité purulente. A la coupe on trouve à la partie moyenne du poumon, un noyau de tissu induré de coloration rouge foncé, de la grosseur d'une noix, creusée de quelques cavités qui paraissent isolées, de la grosseur d'un grain de riz, remplies de pus jaunâtre. Les plus superficielles communiquent avec la cavité pleurale par de petits pertuis. Il s'agit en somme d'un infarctus pulmonaire suppuré ayant infecté secondairement la plèvre.

Le foie volumineux est dans un état de dégénérescence graisseuse totale. Le tissu est jaune, homogène; on ne reconnaît nulle part l'aspect du tissu hépatique normal.

La substance corticale du rein, épaisse et décolorée, indique l'existence d'une néphrite aiguë.

La rate est normale.

Résumé.

Une bronchopneumonie cliniquement diagnostiquée s'est compliquée d'otite, puis d'infection pulmonaire. De petits abcès multiples se sont développés au niveau même de l'infarctus. La rupture de quelques-uns d'entre eux a provoqué une pleurésie purulente.

La dégénérescence graisseuse du foie est des plus accentuées.

SYMPTOMATOLOGIE

Ces observations nous montrent que chez l'enfant et le nourrisson la symptomatologie de l'abcès du poumon est très pauvre. Toujours découverte d'autopsie ils évoluent avec des signes cliniques très variables suivant les cas.

Il existe cependant, à l'examen de l'appareil pulmonaire, des modifications de la sonorité et des signes stéthoscopiques, modifications le plus souvent peu marquées et nullement spéciales à cette affection.

Nous prendrons comme type de description le cas d'abcès multiples après une bronchopneumonie : C'est un nourrisson qui, à la période de défervescence d'une bronchopneumonie, ayant une température aux environs de la normale présente une nouvelle poussée thermique à 39°, 40° avec oscillations. L'enfant est grognon, abattu, présente quelques troubles gastro-intestinaux, vomissements, diarrhée, avec parfois selles vertes. La respiration s'accélère, les ailes du nez battent; au niveau de l'ancien foyer de bronchopneumonie il subsiste un peu de submatité et à l'aus-

cultation on trouve quelques râles secs, parfois un léger souffle et du retentissement du cri. Le rythme cardiaque est accéléré, le pouls bien frappé. L'abdomen est souple et indolore. La rate n'est pas perceptible, le foie est légèrement augmenté de volume et sensible à la palpation.

Les jours suivants la température reste élevée avec des oscillations assez marquées mais les signes généraux s'aggravent : le nourrisson maigrit rapidement, son facies se tire, ses yeux se cernent, la dyspnée augmente, quelquefois même l'enfant présente du tirage.

Les signes physiques n'ont pas ou peu évolué : tantôt diminution de la zone de submatité et disparition presque totale des signes stéthoscopiques, ce qui contraste avec l'aggravation de l'état général, tantôt foyer de matité avec bouffées de râles secs.

L'évolution peut être plus ou moins rapide. Nous n'avons pas observé chez le nourrisson l'ouverture de ces abcès dans les bronches avec le tableau de vomique fractionnée ou de grande vomique que l'on rencontre chez l'adulte. L'ouverture dans la plèvre est assez fréquente.

La mort est la terminaison habituelle.

A côté de ces formes où les signes physiques sont peu marqués, il en est d'autres où les renseignements fournis par l'examen du poumon sont inexistants. Même début avec une température un peu moins élevée ; mais ce qui frappe surtout c'est l'altération profonde et rapide de l'état général ; les troubles digestifs sont plus

marqués. Il existe de la polypnée, les mouvements du thorax sont irréguliers. Les signes physiques sont à peine ébauchés : à la percussion dans certaines zones du thorax une diminution légère de la sonorité, à l'auscultation peu ou pas de râles. La mort survient assez rapidement dans le collapsus thermique.

Il est des cas où tout au contraire les signes physiques sont accentués. A la suite d'une rougeole ou d'une coqueluche un enfant est atteint de bronchopneumonie, affection sans caractère spécial au début, mais au bout de quelques jours la fièvre persiste et remonte bientôt. A l'examen des poumons on trouve une matité vers les bases, des râles humides, avec souvent un souffle et de la bronchophonie. On a l'impression de phénomènes cavitaires. Le pouls est accéléré; il y a de la dyspnée. De plus l'enfant pâlit, maigrit rapidement, perd l'appétit et est souvent atteint de diarrhée. Les lèvres sont sèches avec des lésions fréquentes d'impétigo. Le tableau clinique est celui d'une granulie mais la cuti-réaction à la tuberculine et la recherche du bacille de Koch sont négatives.

Les abcès causés par embolies septiques ou par propagation de suppuration de voisinage passent eux aussi totalement inaperçus. Les troubles qu'ils peuvent causer sont englobés dans les symptômes de l'affection initiale. Seules la toux et la dyspnée pourraient faire penser à une localisation pulmonaire secondaire. Ce sont ces abcès que l'on rencontre dans les suppurations appendiculaires, périnéphrétiques, les abcès du foie et aussi dans les entérites infectieuses du nourrisson.

Il nous faut citer ces cas d'abcès volumineux contenant une centaine de grammes de pus et qui n'ont déterminé aucun symptôme pulmonaire. Ils ont simplement provoqué tout un ensemble imposant de signes généraux qui font croire à l'existence d'une toute autre affection : troubles gastro-intestinaux, phénomènes méningés, etc.

DIAGNOSTIC

Il nous est difficile de parler du diagnostic d'une affection qui, du vivant du malade, ne donne lieu à aucun symptôme particulier et n'est qu'une découverte d'autopsie.

Il est malheureusement presque impossible de trouver parmi les symptômes que provoquent l'abcès du poumon, un signe qui puisse faire soupçonner son existence.

Cependant il existe un syndrome qui doit attirer l'attention du clinicien : c'est qu'en présence d'un enfant ayant une température élevée, oscillante, un état général s'altérant rapidement, un aspect profondément infecté, il faudra penser à une suppuration.

Que ce syndrome se rencontre soit au décours d'une bronchopneumonie, soit isolé, il faudra, par des examens répétés de laboratoire et par la radiographie essayer de dépister et de localiser cette suppuration.

Les moyens que nous fournit le laboratoire sont : la numération globulaire qui dans ces cas montre une hyperleucocytose très marquée (30 à 60.000 leucocytes); les hémocultures qui pourront nous renseigner sur la nature du germe pathogène, enfin les examens d'urine et de fèces.

La radioscopie et la radiographie permettent d'explorer l'appareil pulmonaire. Chez l'adulte l'image radiographique se présente sous des formes très variables : tantôt foyer d'opacité limité à contours réguliers, qui ne permet pas de préciser s'il s'agit d'un abcès ou d'une condensation pulmonaire ; tantôt l'ombre de la collection purulente est masquée par une pleurésie ; tantôt enfin l'image est tout à fait caractéristique : c'est une cavité hydroaérique dans laquelle le niveau de la collection purulente est horizontal et fluctuant. Les examens successifs en position frontale, oblique et transverse permettent de situer sa position par rapport à la plèvre.

De plus Paiseau et I. Salomon ont montré que cette cavité était ovale à grand diamètre vertical et nettement limitée par une ombre de condensation pulmonaire ; ces caractères permettraient de la distinguer de la pleurésie interlobaire.

L'examen radiographique n'a pas été pratiqué chez les petits malades dont nous publions les observations parce que leur affection ne fut même pas soupçonnée. La difficulté de l'examen chez le nourrisson doit être accrue par l'étroitesse de leur thorax et par la coexistence possible d'une pleurésie.

Il est des affections qu'il est difficile sinon impossible de différencier de l'abcès du poumon.

La bronchopneumonie, nous avons vu que rien ne pouvait les distinguer. Cependant l'affection traîne en longueur, l'évolution est torpide, l'état général très

atteint. L'hyperleucocytose et la radiographie seules pourraient peut-être trancher le diagnostic.

La pleurésie purulente : Verliac dans sa thèse (Paris, 1865) signale la difficulté qu'il y a de les diagnostiquer chez le nourrisson. Il est presque impossible de différencier un abcès du poumon cliniquement d'avec une pleurésie enkystée du sommet ou une pleurésie interlobaire.

Dans les deux cas les signes ne sont souvent pas nets parfois même inexistants. Nous trouvons là comme dans toutes les suppurations une hyperleucocytose. Et la radiographie et la ponction exploratrice permettront peut-être seules de trancher le diagnostic à condition toutefois que pleurésie et abcès ne coïncident pas comme l'a signalé Ralph C. Spence, que la pleurésie soit secondaire à l'abcès ou inversement.

Enfin la symptomatologie des abcès du poumon se rapproche beaucoup de celles que l'on observe dans les cas de suppuration viscérale chez le nourrisson : pyélonéphrite, abcès périnéphrétique, abcès appendiculaire, etc.

Bien souvent ces suppurations sont des trouvailles d'autopsie. Comme les abcès du poumon ou bien elles passent inaperçues ou bien l'exagération de certains symptômes objectifs orientent le diagnostic sur une fausse route :

En voici trois exemples :

Abcès du foie chez un enfant de 2 ans. — (Dr Araoz Alfaro
Arch. Latinos Americanos de Pediatrica, mars-avril 1912).

Un enfant de deux ans a été atteint il y a trois mois de ma-
laises, de fièvre, de vomissements et de diarrhée. Ces symp-
tômes s'amendent puis reparaissent. Depuis 8 jours : fièvre
vive, vomissements, diarrhée, grande faiblesse; à l'entrée à
l'hôpital, enfant pâle avec langue sèche, gros amaigrissement
et grande prostration, polypnée (40). Tachycardie (130).
Ventre légèrement distendu mais souple; le bord inférieur du
foie est à deux doigts au-dessous des fausses côtes. Température
(38°,2, 39°,2). Poids 8.900 grammes. Réaction méningée
gastro-entérite fébrile.

Les jours suivants légère amélioration, mais le huitième jour
après son entrée le ventre augmente rapidement de volume,
le foie est gros. Pas d'œdème des téguments, on pense alors
à un abcès du foie, mais la mort survient le soir même. L'exa-
men du sang a donné 21.000 leucocytes avec polynucléose nette.

A l'autopsie : outre l'entéro-colite banale on trouve un énorme
abcès du lobe droit du foie avec pus louable, franc, jaune.
Pas d'examen bactériologique.

Résumé.

Gros abcès du foie ayant déterminé la mort. La
symptomatologie est celle d'une gastro-entérite fé-
brile à allure grave. Les symptômes hépatiques n'ap-
paraissent que quelques jours avant la mort.

Péritonite aiguë chez une enfant de 20 mois. *Service de M. le
professeur Nobécourt, 2157 B).*

Une enfant de 20 mois, sans antécédents pathologiques
marqués est atteinte depuis 15 jours de diarrhée jaune liquide
grumeleuse qui n'a pas cessé malgré un traitement ordonné
par un médecin.

A son entrée à l'hôpital elle présente 4 à 5 selles par jour, avec ballonnement de l'abdomen qui est souple, une température 39-39,5, quelques très légers signes méningés et à l'auscultation des poumons un léger retentissement du cri à gauche. Le lendemain mêmes symptômes méningés frustes, pouls accéléré. Ventre plus gros, plus tendu. Rate percutable. A la percussion des bases matité et léger épanchement citrin. Une ponction lombaire montre un liquide légèrement hypertendu sans lymphocytose ni hyperalbuminose. Un séro-diagnostic pratiqué est négatif. Une intra-dermo-réaction à la tuberculine est positive. Huit jours après, température à 38-38,5. Signes de congestion pleuro-pulmonaire à la base gauche. Dyspnée assez marquée, le lendemain respiration soufflante et râles au sommet gauche.

La mort survient environ 16 jours après le début de la maladie.

A l'autopsie. — Les anses intestinales sont agglutinées par de fausses membranes peu épaissies, l'appendice est normal, un peu de liquide séreux jaunâtre dans le péritoine. Le foie est teint de dégénérescence presque complète, il est, à la coupe, de couleur jaunâtre.

Pas de ganglions mésentériques.

Au point de vue pulmonaire aucune trace de la pleurésie installée cliniquement, simple congestion de la base du poumon gauche, les ganglions trachéo-bronchiques sont peu augmentés de volume et ne présentent pas l'aspect de l'adénopathie bacillaire.

Pas de signes de méningite.

Résumé.

Péritonite ayant provoqué la mort en 16 jours; dégénérescence graisseuse presque totale du foie. Au point de vue clinique, la maladie a commencé par quelques phénomènes méningés légers; puis localisation pulmo-

naire et signes d'épanchements. Peu de signes ont attiré l'attention du côté de l'abdomen : le diagnostic posé fut celui de typho-bacillose.

Phlegmon périnéphrétique, avec abcès du poulmon. (J. Hallé et Armand Bernard, *Arch. méd. des Enfants*, 1899).

Un enfant de 18 mois entre à l'hôpital pour vomissements à début brusque, perte de l'appétit, fièvre et augmentation de volume du ventre. Le diagnostic posé est celui de péritonite. Le poulx est bien frappé, le ventre ballonné se laisse déprimer mais la palpation est très douloureuse à gauche de la ligne médiane. Là on sent un empâtement volumineux remontant jusqu'à l'ombilic. On diagnostique une péritonite enkystée d'origine appendiculaire sans doute mais atypique.

L'état du petit malade empirant on intervient. Une incision pratiquée à gauche dans la fosse iliaque un peu en dehors du bord externe du grand droit donne issue à un liquide purulent louche, grisâtre, inodore, on agrandit l'incision en haut. On aperçoit une anse intestinale distendue sans signe de péritonite cependant, on protège les anses et le péritoine par des compresses et on trouve alors une poche limitée en haut et en dedans, dont la paroi présente des fausses membranes adhérentes d'aspect crémeux. En bas le doigt arrive jusqu'au petit bassin. Sur l'index on pratique en arrière une contre-ouverture et on draine.

Le lendemain état général meilleur et abaissement de la température.

Trois jours après l'opération, aggravation rapide, facies grippé, poulx filiforme, hypothermie et mort.

A l'autopsie. — La grande cavité abdominale est saine, la poche purulente est en dehors, sans communication avec le péritoine.

Ses limites vont en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, en haut jusqu'au diaphragme, en bas jusqu'au canal inguinal.

Sa paroi postérieure est formée par la face antérieure du rein recouverte d'un enduit purulent et crémeux. Le point de départ de l'abcès n'est pas trouvé sur le rein; à la face antérieure, au tiers supérieur, petite cavité purulente semblant un abcès ouvert n'intéressant que la substance corticale. A la coupe rien d'anormal. A l'examen de la cavité lésions inattendues qu'aucun des symptômes présentés pendant la vie n'avait fait soupçonner.

A droite pleurésie purulente avec fausses membranes, qui ne doit pas être causée par la suppuration abdominale car on ne trouve aucun pertuis au niveau du diaphragme.

Le poumon est augmenté de volume, recouvert de fausses membranes. A la partie externe du lobe moyen existe une surface rouge un peu déprimée, entourée d'une zone blanchâtre. A la coupe: cette zone répond à une cavité de la taille d'une noix, cavité anfractueuse, remplie de matière puriforme; la zone périphérique a l'aspect d'un foyer d'apoplexie, autour de cette zone de congestion une zone blanchâtre, ramollie en certains points. Dans le reste du poumon plusieurs autres petits foyers semblables mais non suppurés au centre.

Le poumon gauche montre des foyers de broncho-pneumonie suppurés en certains points.

Les autres organes n'ont rien montré d'anormal.

Résumé.

Abcès périnéphrétique ayant amené la mort en 12 jours. La symptomatologie est celle d'une péritonite enkystée mais le diagnostic de phlegmon périnéphrétique n'est pas envisagé. De plus, à l'autopsie, lésions insoupçonnées de l'appareil pulmonaire. Gros abcès et abcès multiples à droite. Lésions de broncho-pneumonie à gauche.

CONCLUSIONS

Les abcès du poumon chez le nourrisson sont une complication assez rare des affections pulmonaires aiguës. Les traités classiques en font à peine mention. Il n'est cependant pas exceptionnel de rencontrer des suppurations localisées en plein parenchyme pulmonaire lorsque l'on pratique systématiquement toutes les autopsies des enfants morts dans une crèche hospitalière. Dans le service de M. le Pr Nobécourt une centaine d'autopsies ont été pratiquées chez des enfants de tout âge, pendant l'hiver et le printemps 1924-1925. Les abcès du poumon existaient cinq fois chez des nourrissons.

I. Au point de vue *clinique*, les petits malades qui ont succombé avec des suppurations intra-pulmonaires ont présenté pour la plupart les symptômes habituels des bronchopneumonies. Les abcès du poumon coïncidaient d'ailleurs à l'autopsie avec des lésions très nettes de bronchopneumonie. Deux d'entre eux (observations I et II) ont succombé sans que la localisation pulmonaire de leur maladie ait été soupçonnée. Tous deux avaient une fièvre élevée et oscillante. Ils donnaient l'impression d'être en proie à une infection des plus graves; ils avaient des troubles gastro-intestinaux intenses, une

intolérance gastrique absolue, mais l'auscultation et la percussion ne révélaient aucun symptôme d'attention. Et la découverte de gros abcès du poumon contenant une centaine de grammes de pus, a été une surprise que rien ne pouvait faire prévoir.

II. Au point de vue *anatomique* nous avons trouvé trois variétés d'abcès;

a) De très petits abcès, multiples, coïncidant avec des lésions de bronchopneumonie. Il s'agit alors de nodules purulents péribronchiques dont la confluence donne naissance à des poches anfractueuses de dimensions variables.

b) De très grands abcès, à paroi anfractueuses, occupant toute une partie d'un lobe pulmonaire, contenant un pus épais et crémeux.

c) Des infarctus suppurés.

La plupart des sujets qui ont succombé à des abcès du poumon, présentaient en outre des lésions de dégénérescence graisseuse très accentuée du foie et des lésions de néphrite.

III. Le diagnostic de ces abcès pulmonaires est très difficile. Les uns surviennent chez des enfants atteints de bronchopneumonie; aucun symptôme ne permet de soupçonner leur existence pendant la vie du petit malade. Chez deux de nos sujets des abcès situés en plein parenchyme, contenant au moins cent grammes de pus, sont complètement passés inaperçus et l'aspect

du petit malade était celui d'une grave infection dont la cause était inconnue.

La symptomatologie de ces derniers abcès se rapproche beaucoup de celle que nous avons pu observer lorsqu'il existe, chez des nourrissons, des suppurations viscérales telles que : abcès de la loge du psoas; phlegmon périnéphrétique; pyélonéphrite, etc.

Donc, lorsque l'on voit évoluer chez un nourrisson des symptômes infectieux inquiétants, accompagnés d'une température élevée, il ne faut pas oublier qu'un tel état peut être en relation avec une suppuration occulte et que des abcès volumineux, siégeant même dans le poumon, peuvent ne donner lieu à aucun symptôme net.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

Vu : *Le Président,*
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Araoz-Alfaro.** — (*Arch. Batinos-americanos de Pediatrica*, mars-avril 1912) Sobre un case de abceso del higado en un nino de dos anos (sur un cas d'abcès du foie chez un enfant de deux ans).
- Barrier.** — Traité pratique des maladies de l'enfance (1845).
- Beugnot.** — Contribution à l'étude des abcès pneumoniques. (*Thèse de Paris*, 1922).
- Castaigne et Paillard** (*Le livre du médecin*). Les maladies des poumons et des bronches.
- Coffin.** — Etude des abcès du poumon (*Thèse de Paris*, 1925).
- Emmet Holt.** — Abscess of the lung following acute pneumonia. A report of two cases (abcès du poumon consécutif à une pneumonie aiguë. Relation de deux cas). (*Arch. of Ped.* janvier 1904).
- Hallé J. et Armand Bernard.** — Abcès périnéphrétique chez un enfant de 18 mois, diagnostiqué péritonite enkystée de la fosse iliaque gauche, mort par staphylococcie généralisée. (*Archives de médecine des enfants*, mai 1899).
- Harvier.** — Nouveau traité de médecine de Roger, Widal et Tessier (Tome XI).
- Lœper et Paisseau.** — Pathologie interne de Gilbert et Fournier, (Tome II, maladies de l'appareil respiratoire).
- Marchand.** — Munch. med Wochens, no 5 1919.
- Marlonsten et Ray.** — Abcès du poumon post-appendiculaire.

Martinez Vargas.— Abceso pulmonar de estreptococos pneumotomia, vomica, curacion (abcès pulmonaire à streptocoques, pneumotomie, vomique, guérison). (*La medicina de los ninos*, septembre 1915).

Netter.— Traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud (Tome V).

Paisseau et I. Salomon.— Examen radiographique des abcès du poumon (*Bulletin et mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, 7 avril 1922).

Ralph C. Spence.— Comptere rendu des pleurésies purulentes au Babié's Hospital de New-York (cas d'abcès du poumon) (*American Journal of Diseases of Children*, décembre 1920).

Samuel S. Adams.— A case of multiple abscesses of the lung (cas d'abcès multiples du poumon) (*Arch. of Ped.* novembre 1903).

Wessler et Schwartz.— Abscess of the lung in infants an children (*Am. J. Dise. Ch. Chicago*, 1920 n° 31).
